



# **Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

**Facultad de Medicina**

**Escuela Académico Profesional de Obstetricia**

## **Violencia de género como factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal febrero 2016**

### **TESIS**

**Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia**

### **AUTOR**

**Nathalie Annette GRACIÁN TRONCOS**

### **ASESOR**

**Jenny Elenisse ZAVALETA LUJÁN**

**Lima, Perú**

**2016**



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Gracián N. Violencia de género como factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal febrero 2016 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Académico Profesional de Obstetricia; 2016.

---



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
(Universidad del Perú DECANA DE AMÉRICA)  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA  
*"Año de la Consolidación del Mar de Grau"*



ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

2  
**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO  
PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA**

El jurado designado para evaluar la Sustentación de Tesis, de acuerdo a las "Normas para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Obstetricia en las Escuelas Académico Profesionales de la Facultad de Medicina", de:

BACHILLER: **GRACIÁN TRONCOS NATHALIE ANNETTE**

Cuyo título es: **VIOLENCIA DE GÉNERO COMO FACTOR DE RIESGO PARA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL FEBRERO 2016.** Reunidos en la fecha, después de la sustentación y resolución de preguntas por el Tesista, acordó el siguiente calificativo:

*May Bueno*

*Dieciocho 18*

.....  
MG. FLOR DE MARÍA ALVARADO RODRÍGUEZ  
C.O.P. 4110  
PRESIDENTE

.....  
LIC. YOLANDA QUISPE ALOSILLA  
C.O.P. 3036  
MIEMBRO

.....  
LIC. DORA NANCY RODRIGUEZ MICHUY  
C.O.P. 3978  
MIEMBRO

.....  
LIC. JENNY ELENISSE ZA VALETA LUJAN  
ASESOR (A)

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
FACULTAD DE MEDICINA  
  
.....  
Dra. ZAIDA ZAGACETA GUEVARA  
DIRECTORA  
E.A.P. DE OBSTETRICIA

Lima, 17 de marzo del 2016

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por guiarme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar todos los obstáculos y dificultades que se me han podido presentar a lo largo de mi vida. A mi madre Lidia, por su gran esfuerzo, por su confianza y apoyo incondicional y por demostrarme la fe que me tiene, sin ella nada de esto hubiera sido posible. A mi hermana Stephanie por su apoyo constante y por estar siempre conmigo alentándome en cada paso que doy. A mi asesora de tesis, la Obstetra Jenny Zavaleta, por su tiempo y apoyo brindado en todo momento. Gracias infinitas a todas las personas que me ayudaron en la realización de esta tesis.

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis en primer lugar a Dios, por permitirme llegar a este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre, por ser el pilar más importante de mi vida y por demostrarme siempre su amor y apoyo incondicional. A mi padre que, aunque ya no esté con nosotras, siempre lo he sentido presente en mi vida y sé que estaría muy orgulloso de la persona en la cual me he convertido. A mi hermana Stephanie, por siempre estar junto a mí, brindarme su apoyo y motivación constante y a mi Stefanito por demostrarme su alegría en cada uno de mis logros.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>RESUMEN .....</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>6</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>7</b>
<b>2. MÉTODOS .....</b>	<b>23</b>
2.1 Tipo de investigación .....	23
2.2 Diseño .....	23
2.3 Población .....	23
2.4 Muestra .....	23
2.5 Variables .....	25
2.6 Técnicas e instrumentos .....	25
2.7 Procedimientos y análisis de datos .....	26
2.8 Consideraciones éticas .....	27
<b>3. RESULTADOS.....</b>	<b>28</b>
<b>4. DISCUSIÓN .....</b>	<b>34</b>
<b>5. CONCLUSIONES .....</b>	<b>39</b>
<b>6. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>40</b>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>41</b>
<b>8. ANEXOS .....</b>	<b>45</b>
Anexo N° 1: Instrumento de recolección de datos .....	45
Anexo N° 2: Consentimiento informado .....	48
Anexo N° 3: Operacionalización de variables .....	49

## RESUMEN

**Introducción:** La violencia de género es un problema social a nivel mundial y en el embarazo incrementa significativamente la probabilidad de complicaciones, siendo una de ellas la amenaza de parto pretérmino.

**Objetivo:** Determinar si la violencia de género es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el mes de Febrero 2016.

**Diseño:** Analítico, prospectivo y transversal.

**Lugar:** Unidad de Tocólis y Consultorios Externos - Instituto Nacional Materno Perinatal.

**Participantes:** Se incluyeron en el estudio 170 gestantes las cuales se clasificaron en grupo de estudio (85 gestantes con amenaza de parto pretérmino) y grupo comparativo (85 gestantes sin amenaza de parto pretérmino).

**Intervenciones:** Para describir las variables se utilizó frecuencias absolutas – relativas y medidas de tendencia central y dispersión. Para medir el riesgo, primero se utilizó la prueba Chi-cuadrado con una significancia del 5% y luego se calculó el Odds Ratio (OR).

**Resultados:** La edad media de las gestantes con y sin amenaza de parto pretérmino (APP) fue similar 28,4 años y 27,6 años respectivamente. En ambos grupos, la mayoría tenían grado de instrucción secundaria, eran convivientes y ama de casa. Respecto a las características obstétricas, las gestantes con amenaza de parto pretermino presentaron menos frecuencia de embarazo planeado (29,4 vs 42,4%) y control prenatal adecuado (72,9 vs 90,6%) sin embargo el antecedente de hospitalización por amenaza de parto pretérmino fue más frecuente en este grupo (36,5 vs 4,7%). Los factores de riesgo para la amenaza de parto pretérmino fueron la violencia psicológica (OR=4,4), la violencia física (OR=3,4) y la violencia sexual (OR=9,6). Las principales formas de violencia psicológica fueron gritos y humillaciones, de violencia física fueron empujones y jalones mientras que en lo relacionado a la violencia sexual se identificó acoso sexual y abuso sexual. En los tres componentes de la violencia de género el principal agresor fue la pareja.

**Conclusiones:** La violencia de género, en sus tres formas, violencia psicológica, física y sexual son factores de riesgo para amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de Febrero 2016.

**Palabras claves:** amenaza de parto pretérmino, factor de riesgo, violencia de género.



## ABSTRACT

**Introduction:** Gender violence is a social problem worldwide and during pregnancy increases significantly the likelihood of complications, one of which is the threat of preterm birth.

**Objective:** To determine if gender violence is a risk factor for preterm birth in pregnant women seen at the “Instituto Nacional Materno Perinatal” in February 2016.

**Design:** Analytical, prospective and transversal.

**Location:** Tocolysis Unit and Outpatients - “Instituto Nacional Materno Perinatal”

**Participants:** 170 pregnant women included in the study which were classified in the study group (85 pregnant women with preterm birth) and comparison group (85 pregnant women without preterm birth).

**Interventions:** to describe the variables absolute / relative frequencies and measures of central tendency and dispersion is used. To measure the risk, first Chi-square test was used with a significance of 5% and then calculated the Odds Ratio (OR).

**Results:** The average age of pregnant women with and without preterm labor was similar 28.4 years and 27.6 years, respectively. In both groups were, most were high school degree were cohabiting and housewife. Regarding obstetric characteristics; pregnant women with preterm birth have fewer unplanned pregnancy rate (29.4 vs 42.4%), and adequate prenatal care (72.9 vs 90.6%); however the preterm labor history of hospitalization was more frequent in this group (36.5 vs 4.7%). Risk factors for preterm labor were psychological violence (OR = 4.4), physical violence (OR = 3.4) and sexual violence (OR = 9.6). The main forms of psychological violence were shouting and humiliation, physical violence were pushing and halons while in relation to sexual violence, sexual harassment and sexual abuse were identified. In the three components of gender violence, the main aggressor was the partner.

**Conclusions:** Gender violence in its three forms, psychological, physical and sexual violence are risk factors for preterm labor in pregnant women seen at the “Instituto Nacional Materno Perinatal” in February 2016.

**Keywords:** preterm labor, risk factor, gender violence.

## 1. INTRODUCCIÓN

La violencia de género es un problema social a nivel mundial que no distingue condición económica, social, de raza o credo y puede traer consigo consecuencias negativas para la salud, economía y el correcto desarrollo y progreso de los pueblos. Esta manifestación del ejercicio de poder de una persona sobre otra, afecta la salud física, sexual y/o psicológica de las personas que la sufren, principalmente las mujeres y las niñas. Sin embargo, la violencia es un problema que generalmente se calla y se oculta principalmente por la propia víctima; ya que se ha instituido como una práctica cotidiana, perpetuándose a través de generaciones en la crianza de las hijas e hijos; los que, a su vez, la replican cuando son padres.<sup>(1)</sup>

En el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2014, el 72,4% de las mujeres alguna vez unidas sufrieron algún tipo de violencia por parte del esposo o compañero. La violencia psicológica fue el 69,4%, la violencia física alcanzó el 32,3% y la violencia sexual el 7,9%. Por edad, se evidenció porcentajes significativos en las mujeres entre 15 a 19 años; 20 a 24 años y 25 a 29 años de edad (21,0%, 17,1% y 15,0% respectivamente).<sup>(2)</sup> Según datos reportados por el Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables, para el año 2011, solo en el distrito de Lima hubo un total de 1 033 casos de violencia; de los cuales 468 fueron de tipo psicológica; 449 física y 116 sexual.<sup>(3)</sup> En relación a la violencia de género infligida sobre la mujer embarazada la Organización Mundial de la Salud reportó que el Perú presentó la cifra más alta en el entorno provincial llegando a un 28%; además entre las mujeres que habían sufrido maltrato físico durante el embarazo, el 25% y el 50% había recibido patadas y puñetazos en el abdomen.<sup>(4)</sup>

La violencia de género durante el embarazo incrementa significativamente la probabilidad de complicaciones, una de ellas es la amenaza de parto pretérmino,<sup>(5)</sup> en este sentido Sánchez, S. y col.<sup>(6)</sup> encontraron que las mujeres con exposición a algún tipo de violencia tenían un riesgo 2,1 veces mayor de parto prematuro espontáneo en comparación con aquellas que no reportaron exposición a violencia

durante el embarazo. Asimismo, Kim, H. y col. <sup>(7)</sup> observaron que las mujeres que experimentaron violencia de la pareja antes o durante el embarazo, fueron más propensas a reportar amenaza de parto prematuro (32,9%).

Por lo expresado, consideramos necesario analizar la violencia de género como un factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino, debido a las alarmantes cifras de casos de violencia en nuestra sociedad, que ha ido convirtiéndose en un problema de graves consecuencias, afectando principalmente la salud de la mujer y en especial de una mujer gestante; exponiéndola a complicaciones del embarazo y parto, ejemplo de ello tenemos diversas investigaciones que se presentan a continuación:

Watson, L., y Taft, A., en el año 2013 en Australia elaboraron un estudio titulado “Intimate partner violence and the association with very preterm birth”, el objetivo de este estudio fue examinar la asociación entre la violencia de la pareja y el nacimiento muy prematuro. Para ello se realizó un estudio de casos y controles, donde se entrevistaron 603 mujeres que tuvieron un parto prematuro (gestación única de 20 a 31 semanas), 770 mujeres que tenían gestación única a término (37 de semanas de gestación completas o más), 139 mujeres que tuvieron un parto prematuro doble, y 214 mujeres que tuvieron un parto a término doble. La violencia se evaluó a través de *Composite Abuse Scale*. Se encontró que en el grupo casos de las mujeres de gestaciones únicas, el 14,9% (n = 88) informaron probable violencia de pareja, de los cuales 44 obtuvieron un puntaje  $\geq 7$ . Asimismo, del grupo casos de mujeres con embarazo gemelar, un 9,5% (n = 13) informó probable violencia de pareja, de los cuales seis participantes obtuvieron un puntaje  $\geq 7$ . Al comparar estos porcentajes con los grupos controles ninguno resultó estadísticamente significativa. Las mujeres que experimentan abuso físico y el consumo de alcohol durante el embarazo eran más propensas a tener partos muy prematuros (OR 2,24; IC: 1,01, 4,97; p = 0,05). Las mujeres que experimentaron abuso severo empezaron la atención prenatal en el segundo trimestre además eran más propensas a tener partos muy prematuros (OR 15,7;

IC: 1,70, 144;  $p = 0,02$ ). Concluyeron que ninguna de las formas de violencia mostró asociación estadísticamente significativa con el parto prematuro.<sup>(8)</sup>

Parada, Ó. y col., en el año 2012 en México realizaron una investigación titulada “Violencia emocional como factor de riesgo en la amenaza de parto pretérmino”, el objetivo fue identificar la asociación de la violencia intrafamiliar de tipo emocional con la amenaza de parto pretérmino, así como evaluar su repercusión en el embarazo. Para ello se diseñó un estudio prospectivo, transversal y observacional, que incluyó 50 pacientes. Del total de pacientes, el 38% sufrió violencia emocional (grupo 1) y el 62% no la sufrieron (grupo 2). En el grupo 1 la edad promedio fue 26 años, en el grupo 2 el promedio fue 31 años. Asimismo, en el grupo 1 habían completado la educación primaria 10 mujeres (52,8%), la secundaria cinco (26,3%), la preparatoria tres (15,7%) y la licenciatura una (5,2%); en el grupo 2 terminaron la primaria dos pacientes (6,4%), la secundaria seis (19,5%), la preparatoria 14 (45,1%) y la licenciatura nueve (29%). En cuanto a la ocupación de las pacientes, en el grupo 1 había 12 mujeres (63,1%) dedicadas a las labores del hogar y siete (36,9%) empleadas, y en el grupo 2 había 10 (32,3%) dedicadas a las labores del hogar y 21 (67,7%) empleadas. Se observó que en el grupo 1 se encontraron cinco pacientes (26,3%) con menos de 28 semanas y 14 (73,7%) con más de 28 semanas. En el grupo 2 se encontraron ocho pacientes (25,8%) de menos de 28 semanas y 23 (74,2%) de más de 28 semanas. Concluyeron que en el grupo de estudio con violencia la existencia de esta variable no fue tan frecuente como para ser determinante de amenaza de parto pretérmino.<sup>(9)</sup>

Kim, H. y col., en el año 2010 realizaron un estudio en Estados Unidos titulado “Intimate Partner Violence Before or During Pregnancy In Rhode Island”, el objetivo fue describir la prevalencia de violencia de la pareja íntima antes o durante el embarazo y evaluar las asociaciones de violencia de la pareja con la salud y el bienestar materno. En general, 5,5% de las mujeres informó violencia física antes y/o durante el embarazo: 4,2% antes del embarazo y el 3,2% durante el embarazo. La violencia fue significativamente mayor entre los adolescentes

(14,3%), los que no estaban casadas (11,2%), con ingresos familiares < \$ 15.000 (13,2%), tenía menos grado de escolaridad (10,3%). Las mujeres que habían experimentado violencia tenían más probabilidades de haber retrasado la atención prenatal (24,8% vs 14,4%), fumar durante el embarazo (35,5% vs 10,8%), fumar en el momento de la encuesta (44,8% vs 15,2%), reportar un embarazo no deseado (62,8% vs 36,4%), y no reportar lactancia materna en el momento de la encuesta (81,8% vs 61,4%). Las mujeres que experimentaron violencia de la pareja íntima antes o durante el embarazo, en comparación con sus homólogas, fueron más propensas a reportar parto prematuro (32,9% vs 18,8%) con un OR=1.7; IC=1.3-2.4. En conclusión, el parto prematuro fue una de las complicaciones fuertemente asociada con la violencia de la pareja íntima antes y/o durante el embarazo. <sup>(7)</sup>

Franco, A., en el año 2014 en Lima ejecutó una investigación titulada “Factores asociados al parto pretérmino en el Hospital San Bartolomé. Mayo 2012 a mayo 2013”, cuyo objetivo principal fue determinar los factores asociados a la amenaza de parto pretérmino. Para ello se diseñó un estudio observacional, analítico, transversal, de 36 casos (pacientes que tuvieron parto pretérmino), y 48 controles (pacientes que tuvieron parto a término). La mayoría de pacientes se encontraban en el rango de edad de 16 a 35 años (83,3%), con una edad gestacional de 35-36 semanas (66,7%), grado de instrucción secundaria (83,3%), ocupación ama de casa (83,3%). Las variables maternas que mostraron significancia con la amenaza de parto pretérmino fueron, la violencia familiar (19.4%), tabaquismo (22.2%), y un inadecuado control prenatal (66.7%) ( $P<0.05$ ). Hubo diferencias estadísticamente significativas en relación al menor período intergenésico (2.7 versus 4.6), y menor estancia hospitalaria de los casos ( $P<0.05$ ). Hubo una asociación estadísticamente significativa de parto pretérmino asociado a una longitud cervical menor de 25 mm ( $P<0.05$ ). En conclusión, uno de los factores asociados a la amenaza de parto pretérmino fue el antecedente de violencia familiar. <sup>(10)</sup>

Sánchez, S. y col., en el año 2013 elaboraron un estudio titulado “Risk of Spontaneous Preterm Birth in Relation to Maternal Exposure to Intimate Partner Violence During Pregnancy in Perú”. El objetivo fue evaluar la relación entre la violencia del compañero íntimo (VCI) y el riesgo de parto prematuro espontáneo entre las mujeres peruanas. El estudio fue realizado entre 479 mujeres embarazadas que dieron a luz un recién nacido prematuro (<37 semanas de gestación) y 480 controles (≥37 semanas de gestación). La prevalencia de algún tipo de violencia durante el embarazo fue de 52,2% entre los casos y 34,6% entre los controles. Se encontró que las mujeres que informaron exposición a algún tipo de violencia tenían un riesgo 2,1 veces mayor de parto prematuro espontáneo (IC: 1,59 - 2,68) en comparación con aquellas que no reportaron exposición a violencia del compañero íntimo durante el embarazo. Las participantes que reportaron ser abusadas < 2 veces/mes tenían 1,7 veces más riesgo de parto prematuro (OR = 1,70; IC: 1,26 - 2,29). Asimismo, aquellas participantes que reportaron ser abusado ≥ 2 veces/mes tenían un riesgo casi 3 veces mayor de parto prematuro (OR = 2,97; IC: 1,93 - 4,57). La violencia emocional en ausencia de violencia física se asoció con un 1,6 veces (OR = 1,61; IC: 1,21-2,15) mayor riesgo de parto prematuro. La exposición a tanto abuso emocional y físico durante el embarazo se asoció con 4,7 veces más riesgo de parto prematuro (OR = 4,66; IC: 2,74 - 7,92). Concluyeron que la violencia del compañero íntimo entre las mujeres embarazadas fue frecuente y se asoció con un mayor riesgo de parto prematuro.

(6)

Saravia, J. y col., en el año 2012 en el Perú realizaron una investigación titulada “Violencia física contra la mujer durante el embarazo: prevalencia y factores asociados”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y los factores asociados de violencia contra la mujer durante el embarazo. El estudio se llevó a cabo mediante un análisis secundario de la base de datos de la encuesta demográfica y de salud familiar 2010 (ENDES) conducida por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Aplicando el factor de ponderación de la ENDES, se obtuvieron un total de 12 587 mujeres participantes a nivel nacional. De las mujeres que

alguna vez estuvieron embarazadas las situaciones de control (violencia psicológica) más frecuentemente reportadas fueron, en primer lugar, el haber sido víctima de humillación de parte del esposo (22,4%), seguidas de la amenaza con irse de la casa, privarla de los hijos o de ayuda económica (21,6%) y, finalmente, la amenaza de hacerle daño (11,8%). A nivel general, la prevalencia de violencia física durante el embarazo fue de 10.7% (IC: 10,1 – 11,2). Cerca de la mitad de mujeres que reportaron agresión durante el embarazo, indicaron que esta había sido ejercida por el esposo (48%). Concluyeron que es necesario implementar programas de prevención basados en la capacitación de profesionales que presencian embarazos para identificar estos casos de violencia, asimismo promover la atención y protección de estas mujeres y fomentar intervenciones dirigidas a la evaluación y tratamiento de los agresores.<sup>(11)</sup>

Távora, L. y col., en el año 2007 en Lima realizaron estudio titulado “Repercusiones maternas y perinatales de la violencia basada en género”. El objetivo principal del estudio fue reactualizar la prevalencia del abuso contra las mujeres atendidas en los servicios de obstetricia del Cono Sur de Lima y restablecer la asociación entre la violencia y la patología materna y perinatal y la mortalidad perinatal. Fue Investigación analítica de tipo cohorte retrospectiva. Del total de 733 puérperas encuestadas, se encontró que 225 (30,7%) no habían tenido algún episodio de violencia en su vida y que los 508 restantes (69,3%) tenían historia pasada o reciente de violencia. En este grupo, se encontró 363 casos (49,5%) de violencia psicológica, 228 (31,0%) de violencia física, 107 (14,6%) de violencia sexual. Entre las patologías maternas examinadas, se encontró que el 3.4% de mujeres con violencia basada en género durante el embarazo presentaron amenaza de parto pretérmino. Concluyeron que la violencia basada en género fue muy frecuente entre la población de gestantes que se atienden en el Cono Sur de Lima y se asoció con mayor frecuencia de patología materna, como la amenaza de parto pretérmino.<sup>(12)</sup>

Vela, E., en el año 2008 en Lima elaboraron un estudio titulado “Influencia de la violencia basada en género en mujeres con parto pretérmino atendidas en el hospital San Bartolomé en el periodo octubre 2007-enero 2008”. El objetivo fue analizar la influencia de la violencia basada en género en el parto pretérmino. Fue un estudio de casos y controles, se estudió 60 puérperas; divididas en 30 casos de parto pretérmino y 30 controles puérperas de parto a término. La edad de las mujeres participantes osciló entre los 14 y 38 años. El 60% de las mujeres que participaron en el estudio tenían como estado civil convivientes, así como el 58.3% tuvo secundaria y el 21,7% sólo tenía primaria completa. Con respecto a la edad gestacional el 38,3% tenía de 33 a 36 semanas, 6,7% de 29 a 32 semanas y 5% de 24 a 28 semanas de gestación. El embarazo no deseado representó el 51,7% en el estudio, predominando en el grupo de casos de parto pretérmino (56,7%). De las 60 mujeres participantes en el estudio 19 presentaron violencia física esto es el 31.7%, el 16.7% de violencia sexual mientras que el de violencia psicológica fue el 68.3%. No se encontró la influencia de la violencia física sobre el parto pretérmino (OR=0,63 IC: 0,21 a 1,88). Se encontró que las mujeres víctimas de violencia sexual fueron 5 veces más propensas a tener un parto pretérmino que las mujeres que no habían sido agredidas, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p=0.080$  IC 95%: 0.981 a 26.430). Tampoco se encontró la influencia de la violencia psicológica sobre el parto pretérmino (OR: 0,857; IC: 0,23 a 2,55). Concluyeron que no hubo evidencia para la influencia de la violencia psicológica y física con respecto al parto pretérmino; existió cinco veces mayor probabilidad de parto pretérmino en mujeres con violencia sexual.<sup>(13)</sup>

La Organización Mundial de la Salud define la **violencia** como: “el uso deliberado de la fuerza física o del poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.<sup>(14)</sup>



La violencia se divide en tres grandes categorías:

- Violencia dirigida contra uno mismo, comprende los comportamientos suicidas y las autolesiones.
- Violencia interpersonal, comprende dos subcategorías, la primera la violencia intrafamiliar entre miembros de la familia y la violencia comunitaria entre individuos no relacionados con el vínculo familiar.
- Violencia colectiva, uso de la violencia en personas que se identifican como miembros de un grupo frente a un conjunto de individuos.<sup>(14)</sup>

La **violencia de género** comprende, la violencia contra la mujer, la violencia familiar y la violencia sexual; se expresa en violencia física, psicológica o sexual; es inter e intra género, y está basada en los patrones culturales que aluden a los roles sexuales asignados a mujeres y varones.

Se entiende por violencia contra la mujer, cualquier acción o conducta que, basada en su condición de género, cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer tanto en el ámbito público como en el privado.<sup>(15)</sup>

La violencia contra la mujer llamada también Violencia Basada en Género (VBG) es cualquier acto de fuerza física o verbal, coerción o privación que atente contra la vida de una mujer o niña, causando daño físico o psicológico, humillación o privación arbitraria de la libertad y que perpetúe la subordinación de la mujer. En muchas oportunidades, la mujer también llega a ser agredida a través de los hijos e hijas, cuando el hombre los ataca físicamente, los usa sexualmente, los fuerza a observar el abuso y los hace partícipes del atropello. De esta manera, el hombre controla a la mujer negándole su papel como madre defensora del bienestar de su descendencia.<sup>(16)</sup>

En la Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993), define a la Violencia Basada en Género como: “Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, psicológico o sexual para las mujeres”.<sup>(17)</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud se deben tener en claro dos definiciones importantes:<sup>(17)</sup>

La **violencia de pareja** se refiere al comportamiento de la pareja o ex pareja que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control.

La **violencia sexual** es cualquier acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito. Comprende la violación, que se define como la penetración, mediante coerción física o de otra índole, de la vagina o el ano con el pene, otra parte del cuerpo o un objeto.

La violencia de género puede adoptar diversas formas:

**Maltrato físico:** Implica el uso intencional de la fuerza contra el cuerpo de una persona para causar daño o dolor. Los criterios que se deben tener en cuenta en la evaluación de las lesiones incluyen la conducta lesiva e intencionalidad, los efectos de la lesión, los medios utilizados para lesionar y los elementos que acompañan a la lesión. No hay que olvidar el maltrato por omisión de cuidados, en caso de ser necesarios.<sup>(18)</sup>

**Maltrato psicológico:** Toda conducta orientada a la desvalorización de la otra persona (críticas permanentes, humillaciones e insultos), culpa (críticas y castigos), miedo (amenazas sobre su propia integridad física y la de sus hijos) y restricción de estímulos (aislamiento social, restricción económica, privarla de afecto y de cuidados cuando los necesita). El efecto es la reducción de la autoestima y la seguridad en sí mismas y causa tanto o más deterioro, de la salud física y mental en la víctima como la violencia física.<sup>(18)</sup>

**Violencia sexual:** Se ejerce mediante presiones físicas o psíquicas que imponen tener relaciones sexuales no deseadas mediante coacción, intimidación o indefensión.<sup>(18)</sup>

Actualmente, existe una variedad de instrumentos normativos de protección frente a la violencia, tanto nacional como internacional. En el Perú, destacan la creación del Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual y el Plan Nacional Contra la Violencia hacia la Mujer 2009 -2015.<sup>(15)</sup>

### **Ciclo de la violencia**

La violencia es Cíclica y Creciente y se agudiza. El llamado ciclo de la violencia se refiere a las fases principales que describen el proceso de la violencia y explica por qué resulta tan difícil para algunas víctimas defenderse cuando la sufren y alejarse del que provoca esa violencia una vez pasada la fase de agresión. Ahora bien, hay que tener en cuenta que la violencia no es necesariamente cíclica, ya que, a menudo aparece de repente, y no necesita ni justificación ni ritmo. Este ciclo de la violencia diferencia las siguientes fases:<sup>(19)</sup>

- Fase de la acumulación de la tensión o tensión creciente: durante esta fase las tensiones se van construyendo a partir de pequeños incidentes o conflictos. Esto es resultado de distintas frustraciones del agresor, el cual se comporta de forma tiránica con su pareja, esperando que su compañera satisfaga todos sus deseos y caprichos, incluso los que no expresa y solo piensa para él. Ante esta situación la mujer comienza a sentir frustración y vive en un estado de constante confusión. Esto da lugar a episodios violentos leves, caracterizados por insultos, menosprecios, sarcasmos, indiferencia. Además, el agresor achaca a la víctima la tensión existente, con lo que ella recibe el mensaje de que su percepción de la realidad es incorrecta y comienza a culpabilizarse por lo que sucede.<sup>(19)</sup>
- Fase de explosión de la violencia o agresión física: se caracteriza por la pérdida total del control y el comienzo de las agresiones no sólo verbales y psicológicas, sino también físicas y sexuales. La mujer se muestra incapaz de reaccionar, porque la desigual balanza que se ha establecido en la pareja a lo largo del tiempo la paraliza.<sup>(19)</sup>
- Fase de remisión, de calma, 'luna de miel' o 'interludio amoroso': representa el refuerzo que el agresor da a la víctima para mantenerla junto a él. Para

ello, el agresor se muestra arrepentido, pide perdón, llora y promete que no se volverá a repetir la agresión y que va a cambiar. Todo consiste en compensar a la víctima de modo que ésta no tome decisiones como denunciarle o abandonarle, reforzando así la dependencia emocional de la mujer con respecto a su agresor y consiguiendo que la mujer recobre la esperanza en la relación y en las posibilidades de cambio del agresor.<sup>(19)</sup>

- Inicio de un nuevo ciclo: a la falsa ilusión que constituye la ‘luna de miel’ le sucede un nuevo ciclo de tensiones. Surge de nuevo la irritabilidad, se inicia un nuevo ciclo en el que el agresor intenta de nuevo crear miedo y obediencia más que respeto e igualdad. Cada pareja tiene su propio ritmo y las fases duran un cierto tiempo dependiendo de cada pareja, pero las fases tienden a ser cada vez más cortas y la violencia cada vez más intensa.<sup>(19)</sup>

La frecuencia con que se repite el ciclo y la peligrosidad que va alcanzando aumenta a medida que se avanza en la escalada de la violencia.

En relación a las repercusiones de la violencia de género en el embarazo, cada vez se ha hecho más frecuente que los servicios de salud atiendan a mujeres embarazadas que experimentan violencia y comprueben su impacto sobre el bienestar materno y fetal. Actualmente ya se cita a la violencia como una complicación del embarazo con mayor frecuencia que a la hipertensión, la diabetes o cualquier otra complicación como eclampsia, placenta previa, etc. Paradójicamente, la violencia de género es, como la mayoría de tipos de violencia poco conocido, pues se oculta en el espacio privado de lo doméstico, pero al parecer la razón más comúnmente relacionada con el alto riesgo de la violencia durante el embarazo es el aumento de estrés que siente el padre o compañero con respecto al parto inminente. Este estrés se manifiesta en el hombre como una frustración que dirige contra la madre y su niño no nacido. Las razones que originan este estrés aún no están claras. Otra teoría es que el maltrato físico contra la mujer se expresa cotidianamente en el ámbito familiar como

consecuencia de una lucha de poderes donde, histórica y culturalmente, ella se ubica en un plano inferior al del hombre.<sup>(20)</sup>

Las mujeres víctimas de violencia pueden tener consecuencias en la salud, entre ellas trauma emocional, problemas de salud crónicos e infecciones y las complicaciones del embarazo. Diversas investigaciones han demostrado la asociación de la violencia con las complicaciones maternas adversos en el embarazo como la infección urinaria, anemia, preeclampsia, amenaza de aborto, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas al igual que complicaciones perinatales como parto pretérmino, recién nacidos con bajo peso al nacer y óbitos.<sup>(5)</sup>

Los estudios han detectado niveles considerables de violencia física infligida por el compañero durante el embarazo en entornos de todo el mundo. En el estudio multipaís de la Organización Mundial de la Salud se encontró una prevalencia de violencia física de pareja durante el embarazo que oscilaba entre 1% en Japón urbano y 28% en Perú provincial, mientras que en la mayoría de los sitios la prevalencia variaba entre 4% y 12%. Asimismo, en una revisión de estudios de 19 países se encontró una prevalencia que variaba entre 2% en entornos como Australia, Camboya y Dinamarca y 13,5% en Uganda, mientras que en la mayoría de los sitios la prevalencia variaba entre 4% y 9%. En unos pocos estudios realizados en establecimientos de algunos entornos se encontraron niveles estimados de prevalencia aún más elevados, por ejemplo 32% en uno de Egipto, y en una revisión de estudios de África se encontró una prevalencia de 40% en algunos entornos.<sup>(21)</sup>

La violencia durante el embarazo se ha asociado con lo siguiente: aborto espontáneo, ingreso tardío en los servicios de atención prenatal, mortinatalidad, trabajo de parto y parto prematuros, traumatismo fetal y bajo peso al nacer o bebés pequeños para la edad de gestación.

La violencia de pareja también puede ser causa de la mortalidad materna, si bien esta asociación a menudo no es reconocida por las instancias normativas.

La prevalencia del parto pretérmino es del 7-10%. Supone un 65% de muertes perinatales y la principal causa de morbilidad neonatal. <sup>(22)</sup> Por tanto, la amenaza de parto pretérmino sería el último escalón en la prevención de la prematuridad

La **amenaza de parto pretérmino** se define como la presencia de contracciones uterinas evidenciables al tacto (con frecuencia de una cada 10 minutos y 30 segundos de duración, en un lapso de 60 minutos) que puede cursar con borramiento del cervix uterino menor del 50 % y/o dilatación menor a 3 cm. <sup>(23)</sup>

Para el diagnóstico de la amenaza de parto pretérmino se debe evaluar:

Valoración de la dinámica uterina mediante cardiotocografía externa o por palpación abdominal. No existe consenso sobre el número de contracciones necesarias para definir una amenaza de parto pretérmino pero generalmente se consideran:<sup>(22)</sup>

- 4 en 20/30 minutos o bien 8 en 60 minutos.
- Duración de más de 30 segundos de cada contracción.
- Palpables y dolorosas.

Mediante la cardiotocografía externa también se valora el bienestar fetal. Las contracciones de Braxton-Hicks existen en un gran número de embarazos que finalizan a término la gestación. Es difícil diferenciarlas de las contracciones que van a producir modificaciones cervicales.

Cambios cervicales comprobados mediante diferentes parámetros

El tacto vaginal se hace de forma previa para descartar anomalías de inserción placentaria y explorar vagina mediante especuloscopia por la posibilidad de encontrar la bolsa amniótica protruyendo a través de cérvix. Se valora la dilatación, borramiento, posición, consistencia y altura de la presentación. Si el cérvix aparece borrado >70% y/o dilatado de 2 cm o más, se considera diagnóstico de amenaza de parto pretérmino al igual que un borramiento y dilatación cervical progresivos. <sup>(22)</sup>

El estudio de la violencia de género en la gestación es un tema complejo, que requiere un análisis sobre las repercusiones en el desarrollo y término del embarazo, siendo de vital importancia su abordaje debido al patrón de conducta del maltrato físico, psicológico y sexual que lo acompaña. Una de estas complicaciones es la amenaza de parto pretérmino, que, al no ser manejado oportunamente, puede tener como desenlace el parto pretérmino y recién nacidos prematuros, ambos diagnósticos asociados a comorbilidades que incrementan la mortalidad perinatal y que conlleva a altos costos asociados a su cuidado.

Para la erradicación de la violencia de género se requiere de la intervención multidisciplinaria del sistema de salud y de las instituciones de protección social y de acceso a la justicia. En este sentido, el presente estudio sobre violencia de género y amenaza de parto pretérmino, resalta uno de los más importantes problemas de salud pública que afectan el bienestar del binomio madre – niño; con la finalidad de concientizar a la sociedad, autoridades y al personal de salud de la importancia de su participación en esta área, pues constituye el primer punto de contacto con las intervenciones que suprimen la violencia contra la mujer en el embarazo y de esta manera evitar las complicaciones que esta traería posteriormente.

Con lo anterior, se espera que esta investigación contribuya a comprender las dimensiones y características de la violencia de género y su influencia en la amenaza de parto pretérmino; y de esta manera ser un aporte a la comunidad científica y en el ámbito asistencial.

Estas consideraciones conllevan a plantear la siguiente interrogante de investigación:

¿La violencia de género es un factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Febrero 2016?

## **Definición de términos:**

- **Violencia de género:** Todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o en la privada.<sup>(17)</sup>
- **Factor de riesgo:** Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.<sup>(4)</sup>
- **Amenaza de parto pretérmino:** Presencia de contracciones uterinas evidenciables al tacto (con frecuencia de una cada 10 minutos y 30 segundos de duración, en un lapso de 60 minutos) que puede cursar con borramiento del cervix uterino menor del 50 % y/o dilatación menor a 3 cm.<sup>(23)</sup>



## **Objetivos:**

### **Objetivo general**

Determinar si la violencia de género es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Febrero 2016.

### **Objetivos específicos**

- Determinar si la violencia física es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Febrero 2016.
- Determinar si la violencia psicológica es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Febrero 2016.
- Determinar si la violencia sexual es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Febrero 2016.

## **2. MÉTODOS**

### **2.1 Diseño de la investigación**

La investigación es de diseño observacional

### **2.2 Tipo de la investigación**

El tipo es analítico, prospectivo de corte transversal.

### **2.3 Población**

Gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el mes de Febrero del año 2016.

### **2.4 Muestra**

#### **Tamaño de muestra:**

De acuerdo a estadísticas del Instituto Nacional Materno Perinatal, anualmente son atendidas 23 570 gestantes por Consultorio Externo de Obstetricia y en el año 2014 se presentaron 932 casos atendidos en la unidad de Tocólisis.<sup>1/</sup>, considerando un incremento intencional del 10% para el 2016, se espera una población de 1025 gestantes con amenaza de parto pretérmino durante el año. Debido a que el estudio será prospectivo y se realizará en el lapso de un mes, el tamaño de la muestra está determinado por el periodo de estudio, por lo que será aproximadamente 85 casos al mes (Grupo estudio). Para obtener al grupo comparativo se seleccionará 85 gestantes sin amenaza de parto pretérmino atendidas en consultorio externo.

**Unidad de Análisis:** Gestante con amenaza de parto pretérmino atendida en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el mes de Febrero del año 2016.

---

<sup>1/</sup> Análisis de la Situación de los servicios Hospitalarios del Instituto Nacional Materno Perinatal – Maternidad de Lima, 2014.

**Tipo y técnica de Muestreo:** No se aplicó muestreo porque se accederá al total de la población esperada en un mes. Para el grupo de estudio (gestante con amenaza de parto pretérmino) se tomaron a todas las pacientes atendidas en el mes de febrero, manteniendo una relación de 1 a 1 y se seleccionó del área de consulta externa al grupo comparativo (gestantes sin amenaza de parto pretérmino).

- **Criterios de inclusión**

**Grupo de estudio:**

- Gestantes de 22 a 36,6 semanas de gestación.
- Gestantes con amenaza de parto pretérmino.
- Gestantes atendidas en la Unidad de Tocólisis del Instituto Nacional Materno Perinatal.
- Gestantes que firmen consentimiento informado.
- Gestantes de 20 a 45 años de edad.

**Grupo comparativo:**

- Gestantes con 37 a más semanas de gestación.
- Gestantes sin amenaza de parto pretérmino.
- Gestantes atendidas en Consultorios Externos del Instituto Nacional Materno Perinatal.
- Gestantes que firmen consentimiento informado.
- Gestantes de 20 a 45 años de edad.

- **Criterios de exclusión**

- Gestantes adolescentes.
- Gestantes con amenaza de aborto.
- Gestantes con trastorno psiquiátrico.
- Gestantes con alguna enfermedad crónica preexistente al embarazo.

## 2.5 Variables

### **Variable Independiente**

Violencia de género.

### **Variable Dependiente**

Amenaza de parto pretérmino.

## 2.6 Técnicas e instrumentos

**Técnicas de Recolección:** Para la recolección de la información en la presente investigación se utilizó la técnica de la encuesta autoadministrada. El instrumento que se utilizó para el estudio fue: El cuestionario de violencia de género.

También se utilizó la hoja de selección que nos permitió evaluar los criterios de inclusión y exclusión para la selección de participantes.

Las unidades de estudios del grupo caso fueron abordadas en la Unidad de tocólisis, mientras que las gestantes del grupo comparativo fueron abordadas en Consultorio Externo.

**Instrumentos de Medición:** Para las características clínicas y epidemiológicas se construyó una ficha de datos, donde se identificó la edad, grado de instrucción, estado civil, aspectos clínicos, entre otros. También se especificó si existe amenaza de parto pretérmino.

Para identificar la violencia en las gestantes se utilizó el cuestionario de violencia de género, el cual fue validado por Salas, <sup>(26)</sup> resultando un índice de fiabilidad del 95% ( $\alpha=0,95$ ) y presenta altos índices en el método de ítem-test. Dicho instrumento consta de 11 ítems donde evalúa la violencia psicológica, física y sexual, los ítems que clasifican al tipo de violencia son el 1, 5, 9 y 10, mientras que los restantes describen los aspectos relacionados al tipo de violencia (Ver anexo 2-III).

Luego de la recolección de las primeras 20 gestantes, para confirmar la confiabilidad, se realizó un análisis piloto con dicha muestra intencionada.

## **2.7 Procedimientos y análisis de datos**

### **Plan de Recolección**

Los procedimientos que se realizarán para la ejecución de la recopilación serán los siguientes:

1. Se procedió a realizar una solicitud de permiso dirigida al Director del Instituto Nacional Materno Perinatal y a los responsables del Departamento de Gineco-Obstetricia, hasta esperar su aprobación.
2. Posteriormente se inició la selección de participantes siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, eligiendo a los dos grupos de gestantes con amenaza de parto pretérmino y sin amenaza de parto pretérmino.
3. Una vez seleccionadas se procedió a informarles e invitarles al estudio mediante una plática informativa donde se explica el motivo y el fin de la investigación; sensibilizando a la paciente sobre la relevancia de la investigación.
4. Las pacientes finalmente ingresaron al estudio luego de dar su consentimiento informado.
5. Se aplicó el instrumento de la encuesta-entrevista estructurada, con una duración promedio de 15 minutos.

Luego de completar la recopilación de toda la población durante el periodo de estudio se procedió a realizar el control de calidad del llenado de los cuestionarios.

### **Plan de análisis de datos**

Se diseñó una base de datos en el software estadístico SPSS de acuerdo a las características establecidas en el cuadro de variables, se realizó las respectivas codificaciones y luego los datos recolectados fueron tabulados y procesados en forma ordenada en la base de datos.

Para describir las características clínicas y determinar los tipos de violencia se utilizaron frecuencias relativas (proporciones) y absolutas (recuentos) en caso de ser cualitativas, asimismo fueron presentadas mediante medidas de tendencia

central (promedio) y medidas de dispersión (desviación estándar) en el caso de ser cuantitativas.

Para determinar los factores de riesgo se realizó un test de homogeneidad con la prueba chi-cuadrado y luego se utilizó la medida del Odds Ratio (OR). Se consideró una significancia del 5%. Se ha utilizado el Odds Ratio a pesar de que el estudio es prospectivo debido a que la variable de estudio (violencia de género) es un evento que ya ocurrió y solo se está recurriendo a fuentes primarias para obtener dicha información.

Los resultados fueron presentados mediante tablas de frecuencias y tablas de contingencia, además de ser representados gráficamente con diagramas circulares y de barra.

## **2.8 Consideraciones éticas**

Los procedimientos utilizados en el presente estudio, respetaron las estipulaciones éticas de la declaración de Helsinki, en la cual se insta a "velar solícitamente y ante todo por la salud del participante"; asimismo, la información obtenida fue vertida en indicadores globales sin identificación de los participantes, garantizándose la confidencialidad de la información, congruente a lo propuesto en el artículo N°25 de la Ley General de Salud, además previo a la ejecución del presente estudio, se solicitó el consentimiento informado que aprueba la participación de las gestantes incluidas en la investigación. Todo ello, garantizando el cumplimiento de los principios éticos que toda investigación debe respetar.

### 3. RESULTADOS

En la siguiente investigación prospectiva se estudió a 170 gestantes, las cuales se clasificaron en dos grupos, el primero fue el grupo de estudio compuesto por 85 gestantes con amenaza de parto pretérmino y el grupo comparativo compuesto por 85 gestantes sin amenaza de parto pretérmino. Para identificar la violencia psicológica, física y sexual en las gestantes se aplicó el cuestionario de violencia de género. Los resultados fueron expresados en tablas para su mejor interpretación.

**Tabla 1. Características generales de gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Febrero 2016**

Características Generales	Amenaza de Parto Pretérmino			
	Si (85)		No (85)	
	$\bar{X} \pm DS$	Min-Max	$\bar{X} \pm DS$	Min-Max
<b>Edad</b>	28,4 $\pm$ 5,1	20-42	27,6 $\pm$ 6,6	20-43
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
20 - 25 años	23	27,1	34	40,0
25 - 35 años	55	64,7	38	44,7
36 - 43 años	7	8,2	13	15,3
<b>Grado de Instrucción</b>				
Sin estudios	2	2,4	-	-
Primaria	3	3,5	1	1,2
Secundaria	57	67,1	66	77,6
Técnico	16	18,8	13	15,3
Superior Universitario	7	8,2	5	5,9
<b>Estado Civil</b>				
Soltera	11	12,9	13	15,3
Conviviente	63	74,1	58	68,2
Casada	10	11,8	13	15,3
Separada	1	1,2	1	1,2
<b>Ocupación</b>				
Empleada	19	22,4	15	17,6
Independiente	11	12,9	25	29,4
Ama de casa	50	58,8	38	44,8
Otros	5	5,9	7	8,2
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>

La edad de la gestante entre 25 a 35 años y el grado de instrucción secundaria fueron las características más frecuentes en ambos grupos (con y sin amenaza). Asimismo, el estado civil como la convivencia y la ocupación relacionada a los quehaceres del hogar presentaron comportamientos similares entre las gestantes con amenaza y sin amenaza de parto pretérmino (Ver tabla 1).

**Tabla 2. Características obstétricas en las pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Febrero 2016**

Características obstétricas	Amenaza de Parto Pretérmino			
	Si (85)		No (85)	
	$\bar{x} \pm DS$	Min-Max	$\bar{x} \pm DS$	Min-Max
Edad Gestacional (semanas)	31,7 $\pm$ 2,8	23-36	38,8 $\pm$ 0,9	37-40
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Embarazo planeado	25	29,4	36	42,4
>5 CPN*	62	72,9	77	90,6
Antecedente de hospitalización por amenaza de parto pretérmino	31	36,5	4	4,7
<b>Consumo nocivo durante embarazo*</b>				
Alcohol	9	10,6	6	7,1
Droga	-	-	1	1,2

La edad gestacional media en las gestantes con y sin amenaza de parto pretérmino fue de 31,7 y 38,8 semanas respectivamente, siendo el grupo comparativo con mayor edad gestacional, también se observó que el embarazo planeado y el número de controles prenatales superior a 5 fueron más frecuente en las gestantes sin amenaza de parto pretérmino (42,4%; 90,6% respectivamente) mientras que el consumo de alcohol y el antecedente de hospitalización por amenaza de parto pretérmino fue mayor en las gestantes con dicha amenaza (36,5% vs 4,7%) (Ver tabla 2).



**Tabla 3. Violencia de género en gestantes con y sin amenaza de parto pretérmino atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Febrero 2016**

Formas de Violencia	Amenaza de Parto Pretérmino				P*	OR**	LI - LS**
	Si (85)		No (85)				
	N	%	N	%			
Violencia Psicológica	50	58,8	25	29,4	0,001		
Violencia Física	24	28,2	7	8,2	<0,001	4,4 3,4	1,7-10,8
Violencia Sexual	16	18,8	2	2,4	<0,001	9,6	1,8-6,4 2,1-43,3

\* Prueba chi-cuadrado / \*\*Riesgo relativo (Intervalos de confianza)

La violencia de género es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino, siendo la violencia física la que presenta menor riesgo y la violencia sexual la de mayor riesgo para la amenaza de parto pretérmino. Las gestantes con violencia psicológica presentan 3 veces más riesgo de presentar amenaza de parto pretérmino (OR=4,4) mientras que las gestantes expuestas a violencia física presentan 2 veces más riesgo (OR=3,4) y las expuestas a violencia sexual tienen 8 veces más riesgo, es decir este último tipo de violencia aumenta considerablemente la probabilidad de presentar amenaza de parto pretérmino (Ver tabla 3).

**Tabla 4. Violencia Psicológica en gestantes con y sin amenaza de parto pretérmino atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Febrero 2016**

Violencia Psicológica	Amenaza de Parto Pretérmino				Total
	Si (50)		No (25)		
	N	%	N	%	
Formas de Violencia					
Gritos	38	76,0	16	64,0	54
Humillación	27	54,0	17	68,0	44
Insultos	24	48,0	11	44,0	35
Abandono	11	22,0	5	20,0	16
Controlada	8	16,0	2	8,0	10
Intimidación	7	14,0	1	4,0	8
Amenazas	5	10,0	2	8,0	7
Otros	2	20,0	4	66,7	6
Parentesco del agresor					
Pareja	37	74,0	17	68,0	54
Padres/Madre	7	14,0	4	16,0	11
Hermanos/Cuñados	3	6,0	2	8,0	5
Otros	3	6,0	2	8,0	5
Vivienda del Agresor					
Con la Víctima	37	74,0	17	70,8	54

Del total de las gestantes, 75 fueron violentadas psicológicamente, 50 presentaron amenaza de parto pretérmino y 25 no se presentó. Las formas de violencia psicológica más frecuente fueron los gritos (76% vs 64%), la humillación (54% vs 68%) y los insultos (48% vs 44%), asimismo en casi todas las formas de violencia psicológica se observó mayor frecuencia en las gestantes con amenaza de parto pretérmino. La pareja de la gestante con y sin amenaza de parto pretérmino fue el principal agresor (74% vs 68%), además se observó que la mayoría de las gestantes violentadas el agresor vive con ella (74% vs 70,8%) (Ver tabla 4).

**Tabla 5. Violencia Física en gestantes con y sin amenaza de parto pretérmino atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Febrero 2016**

Violencia Física	Amenaza de Parto Pretérmino				Total
	Si (24)		No (7)		
	N	%	N	%	
Formas de Violencia					
Empujones	17	70,8	5	71,4	22
Jalones	13	54,2	2	28,6	15
Bofetadas	5	20,8	3	42,9	8
Puñetes	1	4,2	2	28,6	3
Otros	1	4,2	1	14,3	2
Parentesco del agresor					
Pareja	21	87,5	6	85,7	27
Padre/madre	1	4,2	1	14,3	2
Hermanos/Hija	2	8,4	-	-	2
Vivienda del Agresor					
Con la Víctima	21	87,5	6	85,7	27

Del total de las gestantes, 31 fueron violentadas físicamente, 24 presentaron amenaza de parto pretérmino y en 7 no se presentó. En las formas de violencia física se observó que los empujones (70,8% vs 71,4%) y jalones fueron las más frecuentes (54,2% vs 28,6%) en ambos grupos de gestantes. La pareja de la víctima fue el principal agresor y la mayoría de las gestantes vivía con el agresor (87,5% vs 85,7%) (Ver tabla 5).

**Tabla 6. Violencia Sexual en gestantes con y sin amenaza de parto pretérmino atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Febrero 2016**

Violencia Sexual	Amenaza de Parto Pretérmino				Total	OR*	LI - LS*
	Si (16)		No (2)				
	N	%	N	%			
Formas de Violencia**							
Acoso Sexual	10	11,8	1	1,2	11	11,2	1,4-89,5
Abuso Sexual	13	15,3	2	2,4	15	7,5	1,6-34,3
Parentesco del agresor							
Pareja	15	93,8	2	100,0	17	-	-
Padre	1	6,3	-	-	1		
Vivienda del Agresor							
Con la Víctima	15	93,8	2	100,0	17	-	-

\*Odds Ratio (Intervalo de confianza) / \*\*Calculado sobre el total de la muestra (85; 85)

Del total de las gestantes, 18 fueron violentadas sexualmente, 16 presentaron amenaza de parto pretérmino y en 2 no se presentó. El acoso sexual en la gestante puede aumentar 10 veces más el riesgo en la amenaza de parto pretérmino (OR=11,5), mientras que el abuso sexual también puede aumentar 7 veces más el riesgo en la amenaza de parto pretérmino (OR=7,5), también se observó que el principal agresor en ambos grupos de gestantes fue la pareja de la víctima y vivía con ella (93,8% vs 100%) (Ver tabla 6).

#### 4. DISCUSIÓN

La violencia contra las mujeres no es exclusiva de ningún sistema político o económico, pues se da en todas las sociedades del mundo, incluido el Perú. Asimismo, constituye un problema que obedece a estructuras jerárquicas patriarcales que reproducen una cultura donde las mujeres son vistas como objetos desechables y maltratables.<sup>(27)</sup> La violencia ejercida hacia la mujer no solo atenta contra la libertad femenina y el desarrollo de sus capacidades, sino que investigadores como Sánchez S., y col.<sup>(6)</sup> refieren que las gestantes que experimentan violencia –física o emocional– tienen 1,6 a 4,7 veces más riesgo de presentar parto prematuro, riesgo que se espera sea mayor para el caso de la amenaza de parto pretermino, pues no todos los casos culminan en parto. Sin embargo, en el Instituto Nacional Materno Perinatal son escasas las evidencias investigativas al respecto, siendo ello una de las razones que motivaron realizar la presente investigación.

La edad promedio de las gestantes no presentaron mayores diferencias, pues fueron de 28,4 y 27,6 años para gestantes con y sin amenaza de parto pretermino, respectivamente; hallazgo en cierta medida similar a la edad promedio reportada por Parada y col.<sup>(9)</sup> quienes al estudiar a gestantes españolas con amenaza de parto pretérmino y violencia emocional encontraron que la mayoría de gestantes tuvieron entre 25 a 35 años (64,7%); mientras que las gestantes sin amenaza de parto pretermino pertenecieron principalmente al grupo etario de 25 a 35 años (44,7%), de ello se aprecia una tendencia de mayores casos de amenaza de parto pretermino en gestantes de edades avanzadas (> o = 35 años) lo cual guarda relación con el reporte de Franco A.<sup>(10)</sup> quien encontró en el Hospital San Bartolomé que las gestantes víctimas de violencia mayores de 34 años tenían una frecuencia de 15,9% de parto pretérmino en comparación con 10,1% de partos a término.

La mayor parte de gestantes –aquellas que cursaron embarazo con y sin amenaza de parto pretermino– tuvieron un nivel educativo secundario con un 67,1% y 77,6% de casos, respectivamente, variable importante de describir pues el factor

educación según Saravia, J. y col. <sup>(11)</sup> influye en la experimentación de violencia por parte de las mujeres, siendo las mujeres de menor nivel educativo las más afectadas. Por otro lado, la mayor parte de gestantes tenían por estado civil ser convivientes (74,1% vs 68,2%) y por ocupación ser amas de casa (58,8% vs 44,8%), hallazgo que guarda relación con lo reportado por Távara, L. y col. <sup>(12)</sup> quienes al estudiar las repercusiones de la violencia en gestantes de dos hospitales limeños encontraron que la mayoría se encontraron en situación de convivencia (73,2% vs 68,9%) y eran amas de casa (74,8% vs 83,6%).

Al encuestar a las gestantes con amenaza de parto pretermino atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal se encontró una edad gestacional promedio de 31,7 semanas, hallazgo relevante pues de desencadenarse el trabajo de parto se generaría gran discapacidad y muerte perinatal por la incompleta madurez pulmonar que caracteriza al feto en este momento del embarazo. De ahí que la Organización Mundial de la Salud establezca la administración de corticoides a gestantes entre 26 y 35 semanas de gestación con el objetivo de reducir los riesgos de complicaciones relacionadas con la prematuridad <sup>(28)</sup>

Se dice que planificar un embarazo desde antes de la concepción es lo mejor que se puede hacer por la salud materna y el futuro del bebé, ello explica porque la menor frecuencia de amenaza de parto pretermino la presentaron gestantes con embarazo planeado (29,4%). Asimismo, el control prenatal entendido como aquellas visitas programadas con el equipo sanitario que buscan también beneficios materno-neonatales, explica porque la mayor frecuencia de gestantes controladas (> 5 CPN) no presentaron amenaza de parto pretermino. Según DeCherney, A. y col. <sup>(29)</sup> “Los antecedentes de prematuridad conllevan a un mayor riesgo de parto prematuro en los siguientes embarazos. El riesgo de que ocurra esto aumenta en proporción directa con el número de partos prematuros anteriores y disminuye con cada parto subsiguiente que sea a término”, ello explica porque la mayor parte de amenazas de parto pretérmino ocurrieron en

gestantes con este el antecedente de amenaza de parto pretermino en comparación a gestantes sin este antecedente (36,5% vs 4,7%, respectivamente).

Hasta hace pocos años el problema de la violencia no era objeto de dominio público, porque se mantenía en silencio o en privado; no obstante, pocas décadas atrás este problema empezó a ser más visible gracias a los movimientos sociales a favor de los derechos de las mujeres, quienes eran principalmente las víctimas. Paralelamente no se hicieron esperar investigaciones sobre sus consecuencias, así para Kuning, M., McNeil, D., Chongsuvivatwong, V.<sup>(30)</sup> las mujeres violentadas tienen un riesgo 1,5 veces mayor de perder al producto, este riesgo se incrementa en gestantes adolescentes, no obstante, este investigador no diferencia el riesgo que se atribuye a los diferentes tipos de violencia, lo cual es sumamente importante de analizar pues Salas A. y Salvatierra D.<sup>(26)</sup> manifestaron que los diferentes tipos de violencia se presentan en diferentes magnitudes, siendo la violencia psicológica la más frecuente (94,8%), seguido de la violencia física (17,2%) y la violencia sexual (8.6%). Hallazgo similar a lo encontrado en el presente estudio donde la violencia psicológica fue el principal tipo de violencia en 58,8% de gestantes, seguido de la violencia física (28,2%) y la violencia sexual (18,8%). Es importante destacar que si bien la violencia siempre se aborda como un “todo”, muchas veces episodios de violencia se inician con agresiones que buscan menoscabar la integridad emocional de la gestante (violencia psicológica) y en la mayoría de los casos preceden a la agresión física (violencia física); asimismo, en sociedades como la nuestra se percibe a la violencia psicológica como la más inofensiva de todas cuando es la que más daños produce, tal como lo manifestó Ludermir, A. y col.<sup>(31)</sup> al encontrar que la violencia psicológica por parte de la pareja se relaciona de forma significativa con la depresión postparto, independientemente de que exista violencia física o sexual.

En el presente estudio, todos los tipos de violencia incrementaron significativamente el riesgo de amenaza de parto pretermino, siendo la violencia sexual (RR = 9,6; IC: 2,1-43,3) la que más contribuye con el parto pretérmino; de

ello se deduce que aquellas gestantes sometidas a contactos o relaciones sexuales sin su consentimiento se encuentran en grave riesgo de tener una amenaza de parto pretérmino. La violencia psicológica demostró ser un factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino (RR = 4,4; IC; 1,7-10,8); hallazgo en cierta medida congruente a lo reportado por Parada, O. y col.<sup>(9)</sup> quienes encontraron cierta tendencia de mayores casos de amenaza de parto petermino en gestantes con violencia psicológica, sin embargo no lograron determinar la magnitud del riesgo que genera por la poca frecuencia de casos encontrada. De acuerdo a los resultados del presente estudio, la violencia física contribuye también con la amenaza de parto pretérmino (RR = 3,4; IC: 1,8-6,4), es decir si una gestante es víctima de golpes, cortes, quemaduras, jalones, puñetazos, patadas, entre otras forma de agresión inevitablemente tendrá un riesgo incrementado de amenaza de parto pretermino; hallazgo que guarda relación con lo reportado por Solís R.<sup>(32)</sup> en gestantes del Hospital Daniel Alcides Carrión donde la violencia física por parte de la pareja incrementó 9,6 veces el riesgo de amenaza de parto pretérmino.

Las principales formas de violencia psicológica fueron los gritos, la humillación y los insultos, siendo el principal agresor la pareja con una situación de convivencia entre víctima y agresor. Las principales formas de violencia física fueron los empujones y jalones, siendo el principal agresor la pareja con una situación de convivencia entre víctima y agresor; hallazgos llevan a deducir que la víctima convive con su agresor, lo cual es corroborado en la investigación de Solís R.<sup>(32)</sup> quien en su investigación encontró que del total de madres adolescentes hasta el 63,8% convivía con su pareja.

Las principales formas de violencia sexual fueron el acoso y el abuso sexual siendo el principal agresor la pareja con una situación de convivencia entre víctima y agresor. Es importante destacar que el abuso sexual y acoso sexual incrementaron 7,5 veces a 11,2 veces el riesgo de amenaza de parto pretérmino.



En suma, es importante mencionar que, así como en el presente estudio, todas las investigaciones coinciden en que la violencia –en sus diferentes formas– es un factor de riesgo para cursar un embarazo con amenaza de parto pretérmino, siendo la violencia sexual la que aporta mayor riesgo. Asimismo, estos eventos violentos son producidos principalmente por la pareja, quien muchas veces se encuentra en situación de convivencia con la gestante agredida. Estos hallazgos nos llevan a reflexionar sobre la realidad en la que vivimos y los riesgos que ello genera. Finalmente, la violencia es un mal social que va en aumento en todas sus formas; la violencia basada en género no es un problema de la sociedad contemporánea, sino que es un problema constante a lo largo de la historia de tal manera que hoy la padecemos como endémica en comunidades y países de todo el mundo incluido el nuestro, sin distinción de clases sociales, raza, edad o religión, pudiendo tomar la forma de abuso mental (violencia psicológica), físico (violencia física) y sexual (violencia sexual).

## **5. CONCLUSIONES**

- Los resultados evidencian que las diferentes formas de violencia de género son un factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Febrero 2016.
- La violencia psicológica aumenta 3 veces más el riesgo de presentar amenaza de parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal.
- La violencia física aumenta 2 veces más riesgo el riesgo de presentar amenaza de parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal.
- La violencia sexual aumenta 8 veces más riesgo de presentar amenaza de parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

## **6. RECOMENDACIONES**

- Los hallazgos refuerzan la necesidad de capacitar al personal de salud para una detección temprana de la violencia de género en las mujeres que inician sus controles prenatales, esto como medida de prevención de un posible parto pretérmino entre otras complicaciones.
- Implementar como rutina en cada control prenatal las fichas de tamizaje de violencia, para una detección temprana y oportuna de la violencia de género en las gestantes que acuden a los diferentes establecimientos de salud.
- Implementar temáticas respecto a la violencia de género dentro del programa educativo de psicoprofilaxis obstétrica, de tal manera que ayude a las gestantes acompañadas por su pareja, a superar dicho problema y neutralizar las consecuencias de cualquier tipo de violencia; y a sus parejas a concientizarlos y de esta manera fomentar un cambio en ellos.
- Debido que la violencia de género es un problema que afecta directamente a la integridad de mujer y origina muchas consecuencias en su salud, se recomienda realizar campañas informativas y marketing social como medida preventiva y correctiva para el beneficio de las mujeres.
- Realizar estudios explicativos que incluyen distintas variables asociadas a la amenaza de parto pretérmino de tal forma que se determine el impacto de la violencia de género en comparación de las otras variables.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013 - Violencia contra las mujeres, niñas y niños. [Citado: 1 feb 2016] Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1151/pdf/cap012.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/pdf/cap012.pdf)
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2014. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2014.
3. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. Compendio Estadístico del MIMP 2012. [Citado: 1 feb 2016]. Disponible en: [http://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/herramientas-recursos-violencia/contenedor-dgcvq-recursos/contenidos/estadisticas/mimp/2\\_Casos\\_atendidos\\_VFS\\_tipo\\_de\\_violencia\\_segun\\_CEM\\_2011.pdf](http://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/herramientas-recursos-violencia/contenedor-dgcvq-recursos/contenidos/estadisticas/mimp/2_Casos_atendidos_VFS_tipo_de_violencia_segun_CEM_2011.pdf)
4. Organización Mundial de la Salud. Género y salud de la mujer - La violencia infligida por la pareja y la salud de la mujer. [Citado: 1 feb 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/chapter4/es/index4.html](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter4/es/index4.html)
5. Cepeda, A., Morales, F., Henales, M., Méndez, S. Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo. *Perinatol Reprod Hum* 2011; 25 (2): 81-87.
6. Sánchez, S., Alva, A., Diez, G., Qiu, C., Yanez, D., Gelaye, B., *et al.* Risk of Spontaneous Preterm Birth in Relation to Maternal Exposure to Intimate Partner Violence During Pregnancy in Peru. *Matern Child Health J.* 2013; 17(3): 485–492.
7. Kim, H., Cain, R., Viner, S. Intimate Partner Violence Before or During Pregnancy In Rhode Island. *Health by numbers.* 2010 93(1):29-31.
8. Watson, L., y Taft, A. Intimate Partner Violence and the Association with Very Preterm Birth. *BIRTH.* 2013; 40(1): 17-23.

9. Parada, Ó., Guerra, P., Vázquez, A. Violencia emocional como factor de riesgo en la amenaza de parto pretérmino. *Rev Esp Méd Quir.* 2012; 17(1):39-43.
10. Franco, A. Factores asociados al parto pretérmino en el Hospital San Bartolomé. Mayo 2012 a mayo 2013. [Tesis Para optar el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. 2014.
11. Saravia, J., Mejía, M., Becerra, S., Palomino, A. Violencia física contra la mujer durante el embarazo: prevalencia y factores asociados. *Revista Peruana de Epidemiología.* 2012; 16(2):84-90.
12. Távara, L., Orderique, L., Zegarra, T., Huamaní, S., Félix, F., Espinoza, K., *et al.* Repercusiones maternas y perinatales de la violencia basada en género. *Rev Per Ginecol Obst.* 2007; 53(1):10-17
13. Vela, E. Influencia de la violencia basada en género en mujeres con parto pretérmino atendidas en el HONADOMANI San Bartolomé en el periodo octubre 2007-enero 2008. [Tesis Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia] Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. 2008.
14. Organización Mundial de Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: Resumen. Washington, D.C. 2002.
15. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan Nacional Contra la Violencia hacia la Mujer, 2009-2015. Lima 2009.
16. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Protocolo sobre Violencia contra la Mujer. Lima 2004.
17. Organización Mundial de la salud. Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva N.º 239; Noviembre de 2014. [Citado el 22 enero del 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
18. Contreras, H., Mori, E., Hinostroza, W., Yancachajlla, M., Lam, N., Chacón, H. Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2013; 30(3): 379-85.

19. Quiñones, M., Arias, Y., Delgado, E., Tejera, A. Violencia intrafamiliar desde un enfoque de género. MEDICIEGO. 2011; 17(2)
20. Sánchez, N., Galván, H., Reyes, U., Reyes, U., Reyes, K. Factores Asociados al Maltrato Durante el Embarazo. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2013; 30(1): 8-15.
21. Organización Panamericana de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia infligida por la pareja. Washington, DC: OPS, 2013.
22. Ochoa, A., Pérez, J. Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32 (Supl. 1): 105-119.
23. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Protocolos asistenciales en Obstetricia. 2010.
24. Gutiérrez, M. Hemorragias en el embarazo. Rev Per Ginecol Obstet. 2010; 56(1):8-9.
25. Red de investigación en violencia de género. Violencia de Género. [citado 22 enero 2016]. Disponible en: <http://redin.gob.pe/tematica/>
26. Salas, A., y Salvatierra, D. Resultados materno de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre 2011- febrero 2012 [Tesis Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia] Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. 2012.
27. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. La violencia contra la mujer: Feminicidio en el Perú. Lima (Perú): CMP Flora Tristán. 2005. pp.7-9.
28. Jamshidimanesh, M., Soleymani, M., Ebrahimi, E., Hosseimi, F. Domestic violence Against pregnant women in Iran. J Family Reprod Health. 2013; 7(1); 7-10.
29. DeCherney, A., Laufer, N., Nathan, L., Roman, A. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 11ª ed. México: Editorial McGrawHill Interamericana. 2014.p.225.

30. Kuning, M., McNeil, D., Chongsuvivatwong, V. Pregnancy loss in the Philipines. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2003; 34(2): 443-42.
31. Ludermir, A., Lewis, G., Valongueiro, S., Barreto, T., Araya, R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. The Lancet. 2010; 376(9744): 903-910
32. Solís, R. Estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Enero – Marzo 2014. Lima (Perú): Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2014.

## 8. ANEXOS

### Anexo N° 1: Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

*“VIOLENCIA DE GÉNERO COMO FACTOR DE RIESGO PARA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN  
GESTANTES ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL FEBRERO 2016”*

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N°:

( ) Grupo estudio      ( ) Grupo comparativo

#### I. DATOS GENERALES:

1. Edad: \_\_\_\_ años

#### 2. Grado de instrucción:

a) Primaria ( )

b) Secundaria ( )

c) Técnico ( )

d) Superior Univ. ( )

#### 3. Estado civil:

a) Soltera ( )

b) Conviviente ( )

c) Casada ( )

d) Separada / Divorciada ( )

#### 4. Ocupación:

a) Empleada ( )

b) Independiente ( )

c) Ama de casa ( )

d) Otros: \_\_\_\_\_

#### 5. Durante el embarazo, consumió:

( ) Tabaco      ( ) Alcohol      ( ) Droga      ( ) Ninguno de las anteriores

6. Su embarazo, fue planeado:      Si ( )      No ( )

7. Se realizó más de 5 Controles prenatales:      Si ( )      No ( )

8. Anteriormente se hospitalizó por amenaza de parto pretérmino:      Si ( )      No ( )



## II. AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

Si ( ) No ( )

### 1. Tiempo de gestación:

- a) 22-27 semanas ( )
- b) 28-32 semanas ( )
- c) 33-36,9 semanas ( )

### 2. Tiempo de hospitalización: \_\_\_\_\_ días

## III. CUESTIONARIO DE VIOLENCIA DE GÉNERO:

Debido a que el maltrato y la violencia son tan comunes en la vida de las mujeres, estamos haciendo algunas preguntas sobre el tema a las gestantes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal. Es muy importante que usted responda sinceramente, porque nos ayudará a identificar y plantear soluciones respecto a esta situación. Recuerde que el cuestionario es confidencial, no será usado para denuncias, ni tampoco se revelará su identidad.

1. Durante su embarazo, ¿Se ha sentido alguna vez agredida emocionalmente por su pareja o alguna persona importante para usted?

( ) SI ( ) NO (*Pase a la pregunta 5*)

2. Si su respuesta es SI, señale el tipo de agresión emocional que fue víctima (puedes marcar más de 1):

( ) Insultos ( ) Abandono  
( ) Amenazas ( ) Intimidación  
( ) Humillación ( ) Otros: \_\_\_\_\_  
( ) Gritos

3. Qué parentesco tiene usted con la persona que la agredió emocionalmente durante su embarazo:

( ) Pareja ( ) Hermanos  
( ) Padre ( ) Otros: \_\_\_\_\_  
( ) Madre

4. El agente (persona) que la agredió emocionalmente ¿vive con usted?

( ) SI ( ) NO

5. Durante su embarazo, ¿Se ha sentido alguna vez agredida físicamente por su pareja o alguna persona importante para usted?

( ) SI ( ) NO (*Pase a la pregunta 9*)

6. Si su respuesta es SI, señale el tipo de agresión física que fue víctima (puedes marcar más de 1):

( ) Empujones ( ) Patadas

- ☐ Bofetadas                      ☐ Golpes con objetos  
☐ Puñetes                      ☐ Otros: \_\_\_\_\_
7. Qué parentesco tiene usted con la persona que le causó daño físico durante su embarazo:  
☐ Pareja                      ☐ Hermanos  
☐ Padre                      ☐ Otros: \_\_\_\_\_  
☐ Madre
8. El agente (persona) que la agredió físicamente ¿vive con usted?  
☐ SI                      ☐ NO
9. Durante su embarazo, ¿Se ha sentido alguna vez tocada de forma inapropiada por su pareja o alguna otra persona?  
☐ SI                      ☐ NO
10. Durante su embarazo, ¿Recuerda haber sido obligada a tener contacto o relaciones sexuales con su pareja o alguna otra persona?  
☐ SI                      ☐ NO (*Finalizó, no continúe*)
11. Qué parentesco tiene usted con la persona que le causó daño sexual durante su embarazo:  
☐ Pareja                      ☐ Hermanos  
☐ Padre                      ☐ Otros: \_\_\_\_\_  
☐ Madre
12. El agente (persona) que la agredió sexualmente ¿vive con usted?  
☐ SI                      ☐ NO

*Muchas gracias por su colaboración...*

## Anexo N° 2: Consentimiento informado

*“Violencia de género como factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Febrero 2016”*

**Institución** : Instituto Nacional Materno Perinatal - Universidad Nacional Mayor de San Marcos  
**Investigador** : Nathalie Annette Gracián Troncos

### Propósito del Estudio:

La invitamos a participar en un estudio titulado: “Violencia de género como factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Febrero 2016”.

Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Estamos realizando este estudio con la finalidad de determinar si la violencia de género es un factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

### Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio deberá responder preguntas sobre sus datos generales, datos sobre su gestación actual y datos sobre la exposición a violencia en el embarazo actual. Por otro lado, la ejecución del estudio tomará un máximo de 20 minutos por persona y será realizado dentro de la unidad de Tocólis o en el servicio de Consultorios Externos.

### Riesgos:

No se prevén riesgos para su salud derivados de la participación en el estudio, puesto que el recojo de la información necesaria, se realizara mediante un cuestionario, mas no se realizarán procedimientos invasivos.

### Beneficios:

Los beneficios corresponden a la identificación de evidencias que nos permitan establecer el objetivo a estudiar. Con ello se fomenta una conducta de mejora en los sistemas de atención en este grupo poblacional.

### Costos e incentivos:

La participación en el estudio no tiene ningún costo para usted. Asimismo, la entrevista se realizará con la autorización del hospital y dentro de sus instalaciones.

### Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información mediante códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

### Derechos del paciente:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor comuníquese con la Srta. Nathalie Annette Gracián Troncos al teléfono 986372094, correo: [nattygracian@gmail.com](mailto:nattygracian@gmail.com). Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité Institucional de Ética de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos teléfono 3283229, anexo: 4672

### CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo la forma como se realizará el estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

---

**Participante**

Nombre:

---

**Investigador**

Nombre:

### Anexo N° 3 Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	TIPO	ESCALA	FUENTE DE VERIFICACIÓN	ITEMS INDICADORES	INSTRUMENTO	CODIFICACION
Violencia de genero	Todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o en la privada.	Psicologica	Cualitativa	Nominal	Historias clínicas	-Durante su embarazo, ¿Se ha sentido alguna vez agredida emocionalmente por su pareja o alguna persona importante para usted? -Qué parentesco tiene usted con la persona que la agredió emocionalmente durante su embarazo. -El agente (persona) que la agredió emocionalmente ¿vive con usted?	Cuestionario de Violencia de Género	SI=1 NO=2
		Fisica	Cualitativa	Nominal		-Durante su embarazo, ¿Se ha sentido alguna vez agredida físicamente por su pareja o alguna persona importante para usted? -Qué parentesco tiene usted con la persona que le causó daño físico durante su embarazo. -El agente (persona) que la agredió físicamente ¿vive con usted?		
		Sexual	Cualitativa	Nominal		- ¿Durante su embarazo recuerda haber sido tocada de forma inapropiada por algún miembro de su familia o pareja? - ¿Durante su embarazo recuerda haber sido obligada a tener contacto o relaciones sexuales por algún miembro de su familia o pareja? -El agente (persona) que la agredió sexualmente ¿vive con usted?		

Amenaza de parto pretermino	Inicio de contracciones regulares en pacientes con membranas integras entre las 22 y antes de las 37 semanas de gestación; asociada al menos a una de las siguientes circunstancias: modificación progresiva del cérvix y dilatación cervical $\geq$ a 2 cm y borramiento $\geq$ 80%.		Cualitativa	Nominal	Historias clínicas	2-27 semanas	Ficha de recolección de datos	SI=1 NO=2
			Cualitativa	Nominal		28-32 semanas		
			Cualitativa	Nominal		33-36,6 semanas		